

ANNEE 1970

THESE

N^o

503

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

P A R

Françine VUONG-HUU-LE, née MORAT

le 28 juin 1942 à Rio-de-Janeiro (BRESIL)

Externe des Hôpitaux de Paris

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE :

SYPHILIS ET GROSSESSE

*Etude de 552 observations réunies à la Maternité
de l'Hôpital Lariboisière des années 1961 à 1969*

Président : Mr. Paul MORIN, Professeur

ANNEE 1970

THESE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

P A R

Françine VUONG-HUU-LE, née MORAT

le 28 juin 1942 à Rio-de-Janeiro (BRESIL)

Externe des Hôpitaux de Paris

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE :

SYPHILIS ET GROSSESSE

*Etude de 552 observations réunies à la Maternité
de l'Hôpital Lariboisière des années 1961 à 1969*

Président : Mr. Paul MORIN, Professeur



A MON PERE

qui aurait été heureux de voir son souhait intime réalisé.

A MON MARI

A MA FILLE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MA MERE

qui m'a permis de faire ces études.

A MON MARI

A MA FILLE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PAUL MORIN

Professeur à la Chaîre de Physiologie et Pathologie
Obstetricale à la Faculté de Médecine de Paris

Chef de Service à la Maternité de l'Hôpital Lariboisière

qui m'a fait le grand honneur de me proposer ce
sujet de thèse et d'en accepter la présidence.

Par ses conseils infiniment précieux, il m'a guidée
dans mon travail.

Qu'il trouve ici le témoignage de ma profonde recon-
naissance.

A MES MAITRES D'EXTERNAT

Monsieur le Professeur Lucien LEGER

Monsieur le Professeur Paul RAMBERT

Monsieur le Professeur André LEMAIRE

Monsieur le Professeur Agrégé André BUGÉ

Monsieur le Professeur JULIEN-MARIE

Monsieur le Professeur Jacques VARANGOT

A MES MAITRES DE STAGE

A MES MAITRES DE STAGE

Monsieur le Professeur Lucien LEGER

Monsieur le Professeur Paul PADOVANI

Monsieur le Professeur Jean HAMBURGER

Monsieur le Professeur Jean BERNARD

Monsieur le Professeur Lucien DE GENNES

AUX MEDECINS

AUX SAGES-FEMMES

AUX SECRETAIRES

AUX INFIRMIERES

de la Maternité de l'hôpital Lariboisière,
sans lesquels ce travail n'aurait pas été
possible.

CHAPITRE I

GENERALITES

Ce travail réunit 552 observations de femmes ayant accouché à la Maternité de l'Hôpital Lariboisière des années 1961 à 1969, et qui ont présenté au cours de leur grossesse :

- soit une sérologie positive à l'examen de dépistage systématique,
- soit une syphilis patente,
- ou bien soit chez lesquelles on avait la notion d'une syphilis antérieurement dépistée et traitée.

Ceci représente, sur un chiffre total de 25.167 accouchements, une proportion de 2,59 % de femmes.

Si l'on compare ce chiffre aux statistiques des dernières années, on constate que la recrudescence de la syphilis s'est étendue à la femme enceinte :

- de 1952 à 1960, à Lyon : 0,65 % (PIGEAUD) sur 22.886 accouchements
- en 1963, à la Maternité de Tenon, 2 % (HERVET) sur 880 accouchements
- à Marseille, en 1968, 2% sur 3554 accouchements. En cinq ans, (BROCHERY et ERNY).

Il faut signaler le recrutement particulier de la Maternité de l'hôpital Lariboisière, puisque sur les 552 cas, on note une proportion de :

- 32 % de femmes de race noire,
- 15 % de femmes originaires d'Afrique du Nord,
- 1,5 % de Yougoslaves

Par ailleurs, 33 de nos malades étaient des prostituées.

Ceci pourrait, dans une certaine mesure, expliquer l'importance du nombre de femmes ayant des réactions sérologiques positives ; mais, si l'on se reporte à une statistique faite au cours des années 1947 à 1957, dans la même Maternité, donc avec le même recrutement, (Thèse ABCU E. Paris, 1957), on ne peut que constater une indiscutable recrudescence ainsi que le montre les tableaux suivants : (voir page 2).

Année	Accouchements	Syphilis	%
1947	3078	47	1,52
1948	2899	45	1,54
1949	2779	41	1,47
1950	2161	31	1,43
1951	2195	16	0,72
1952	2168	19	0,87
1953	2299	19	0,82
1954	2941	14	0,47
1955	3050	19	0,65
1956	3039	14	0,46
1957	au 1 ^{er} octobre : 2372	13	0,54

Soit 278 femmes en 11 ans (Thèse Abou E. 1957 - Paris)

Année	Accouchements	Syphilis	%
1961	3110	37	1,18
1962	3010	49	1,63
1963	3035	51	1,68
1964	3000	66	2,2
1965	2952	74	2,51
1966	2684	55	2,05
1967	2593	76	2,93
1968	2361	80	3,39
1969	2422	64	2,64

Soit 552 femmes en 9 ans.

CHAPITRE II

IMPORTANCE DU DEPISTAGE LORS DES EXAMENS PRENATAUX

Sur les 552 femmes,

- 456 fois la syphilis a été dépistée à l'occasion de la grossesse :

- 140 présentaient une sérologie positive découverte lors d'une grossesse antérieure,

- 270 ont eu une réaction sérologique positive au cours de la grossesse ; chez 158 de ces femmes, on avait la notion d'une sérologie négative à une grossesse antérieure,

- 40 ont présenté une syphilis patente primo-secondaire pendant leur grossesse,

- 6 avaient eu une syphilis patente à une grossesse antérieure.

- 50 ont été dépistées lors d'examens systématiques pratiqués en dehors de la grossesse,

- 26 avaient des antécédents de syphilis primo-secondaire,

- 9 ont été dépistées lors de l'examen prénuptial,

- 11 avaient une syphilis congénitale suivie depuis de nombreuses années.

Ainsi, 82,6 % des syphilis ont été dépistées à l'occasion de la grossesse.

Par ailleurs, parmi les 33 prostituées ayant accouché dans le service, 15 d'entre elles ont été dépistées à l'occasion de l'examen prénatal, soit 45,5 %. Dans 2 cas, elles ont présenté une syphilis primo-secondaire au moment de leur accouchement.

Si la sérologie prénatale représente actuellement chez la femme le meilleur moyen de dépistage, il existe des Failles bien précisées par PAUPE :

I - Certaines femmes échappent à la sérologie prénatale :

Sur les 552 femmes, 101 n'ont pas consulté pendant leur grossesse, soit 18,3 % :

- 33 avaient une syphilis dépistée antérieurement, plus ou moins bien traitée, et n'ont pas été suivies pendant la grossesse,
- 3 avaient des signes de syphilis secondaire lors de leur accouchement,
- Les autres ont eu des réactions sérologiques positives lors de l'examen fait systématiquement en salle de travail.

Cette proportion de femmes ne faisant pas surveiller leur grossesse et ne la déclarant pas est malheureusement croissante depuis 9 ans dans le service, ainsi que le montre le tableau suivant, rapportant le pourcentage de femmes ayant accouché dans le service et qui n'ont pas été suivies durant leur grossesse.

Proportion de femmes ne faisant pas suivre leur grossesse par rapport au nombre total d'accouchées

ANNEE	% DE FEMMES NON SUIVIES
1961	10,8 %
1962	16,3 %
1963	19,6 %
1964	10,6 %
1965	17,6 %
1966	21,8 %
1967	17,1 %
1968	26,5 %
1969	26,6 %

II - D'autres sont contaminées tardivement après le 3e mois :

18 femmes avaient eu une sérologie négative au début de leur grossesse :

- 8 ont présenté une syphilis primo-secondaire à la fin de leur grossesse dont 3 au moment de l'accouchement.

- Les 10 autres femmes ont eu une sérologie positive à la fin de leur grossesse : Ceci est réalisé quand les femmes se font suivre en ville au début de leur grossesse, nous pratiquons alors toujours une sérologie de contrôle quand elles viennent consulter ou accoucher dans le service.

III - Certaines femmes ont une syphilis dépistée, non ou insuffisamment traitée pendant la grossesse :

Il s'agit de femmes qui ne consultent qu'une fois avant leur accouchement, et qui ne répondent pas aux convocations.

D'autres interrompent leur traitement.

oOo

CHAPITRE III

Nous étudierons maintenant les problèmes posés par la découverte d'une syphilis chez ces femmes enceintes, celles-ci pouvant se diviser en deux catégories :

- Les femmes ayant présenté des signes de syphilis primo-secondaire pendant leur grossesse,
- Et celles ayant présenté des réactions sérologiques positives au cours de leur grossesse ou bien ayant des antécédents de syphilis.

Dans tous les cas, plusieurs REACTIONS SEROLOGIQUES ont été utilisées, détectant différents anticorps :

I - Réactions mettant en évidence les réagines : sérologie lipidique classique ;

- Les réactions de fixation du complément,
 - à chaud : la réaction de Bordet-Wassermann
 - à froid : la réaction de Kolmer

- Les réactions d'agglutination-floculation,
 - à antigènes cardiolipidiques : réactions de Kline, V.D.R.L. (micro-agglutination)

- à antigènes extractifs : Kahn (floculation)

II - Réactions détectant un anticorps antiprotidique :

- Réaction de Reiter se faisant par la même technique que celle de Kolmer et utilisant des tréponèmes non pathogènes cultivables.

III - Les réactions détectant les immobilisines :

- Test de Nelson utilisant le tréponème pathogène vivant.

IV - et, plus récemment introduite en France, en 1959, la méthode d'immunofluorescence indirecte utilisant le tréponème pathogène et mettant en évidence un anticorps adhérant au tréponème.

oOo

CHAPITRE IV

LES SYPHILIS PRIMO-SECONDAIRES

40 femmes ont présenté une syphilis primo-secondaire pendant leur grossesse.

5 étaient originaires d'Afrique du Nord,
 2 étaient de race Noire
 1 était originaire de Turquie
 31 étaient des européennes, soit 77,5 %

Alors que si l'on considère le nombre global des syphilis, on constate que près de 50 % des femmes sont originaires d'Afrique ou des Antilles.

Les manifestations cliniques ont été :

- Dans 15 observations, celles d'une syphilis primaire avec chancre :
 - 12 fois, il s'agissait d'un chancre de localisation vulvaire,
 - 2 fois, de chancres du col utérin qui ont donné lieu à une dystocie cervicale au moment de l'accouchement, s'étant traduite par une dilatation très lente et ayant nécessité la pose d'une perfusion de post-hypophyse,
 - 1 fois d'un chancre de l'amygdale.

Dans deux observations, ces lésions de syphilis primaire coexistaient avec des lésions de syphilis secondaire à type d'éruption, ce qui est classique dans les syphilis évoluant au cours d'une grossesse.

- Dans les 25 autres observations, il s'agissait de syphilis secondaires.

Dans deux cas, la syphilis a été découverte sur convocation de la femme, le partenaire ayant une syphilis primaire, et, dans un de ces deux cas, il

existait chez la femme une lésion du col utérin sur laquelle ne furent pas retrouvés de tréponèmes, au 3^e mois de la grossesse. La sérologie ne s'est positivée qu'un mois plus tard. Un traitement entrepris alors n'a pas permis d'éviter un accouchement prématuré au terme de 8 mois d'un enfant sain en apparence, pesant 2500 gr., avec une sérologie du cordon fortement positive.

Cette observation justifie le traitement de toute femme enceinte, même sérologiquement négative, lorsque l'on sait que le procréateur est soigné pour une syphilis récente, sans attendre la confirmation sérologique de la contamination.

SUR CES 40 OBSERVATIONS,

I - 20 femmes ont eu une syphilis dépistée et traitée avant la fin du 5^e mois :

Il a cependant été observé 5 accidents ovulaires :

En dehors du cas cité précédemment,

- Mme B... : Sérologie négative lors d'une grossesse un an auparavant.

Lésion vulvaire au premier mois de la grossesse traitée en ville par une pommade aux antibiotiques.

Sérologie fortement positive à 3 mois lors de sa première consultation à la maternité.

Traitée à 4 mois par 3 injections de cyanure de mercure IV, suivies d'une cure de 15 millions d'unités de Pénicilline en IM.

Accouchement prématuré au terme de 6 mois d'un enfant mort et macéré pesant 1000 gr.

La femme avait accouché 2 fois antérieurement, à terme ; elle accoucha de nouveau à terme d'un enfant vivant, un an après cet épisode.

- Mme O... : Première consultation à 4 mois 1/2. Lésions de syphilis secondaire à type d'éruption au niveau des membres inférieurs.

Sérologie positive. Hospitalisation en service de dermatologie pendant 15 jours pour traitement.

Excès de liquide. Accouchement prématuré à 8 mois d'un enfant sain en apparence, pesant 3000 gr., traité. Décédé 15 jours plus tard d'un accident respiratoire. Sérologie du cordon fortement positive.

Accouchement à terme l'année suivante.

- Mme V... : Première consultation à 3 mois. Hospitalisation en service spécialisé le mois suivant pour syphilis secondaire.

Accouchement prématuré au terme de 7 mois 1/2 d'un enfant sain en apparence pesant 2460 gr. Traité.

- Mme K... : Première consultation à 1 mois 1/2. Hospitalisation 2 mois plus tard pour lésions génitales de syphilis secondaire.

Traitement mal suivi après sa sortie de l'hôpital.

Accouchement prématuré au terme de 8 mois d'un enfant apparemment sain pesant 2.400 gr. Sérologie de l'enfant positive à la naissance.

Sortie non autorisée au 3e jour.

Sur ces 20 observations, dans 4 cas la sérologie du sang du cordon était négative.

Deux femmes avaient une sérologie négative à leur accouchement, elles avaient été traitées au 2e mois de leur grossesse pour une syphilis primo-secondaire.

II - Dans les 20 autres cas, la syphilis a été dépistée et traitée tardivement, après le 5e mois, parfois même après l'accouchement.

7 femmes avaient une sérologie négative au début de leur grossesse, 3 d'entre elles n'ont pu être traitées avant leur accouchement.

Sur ces vingt femmes, ont été observés :

a) - 10 accouchements prématurés, dont deux avec enfants mort-nés chez des femmes qui n'avaient jamais été traitées :

- Mme D... : Grossesse non suivie non déclarée. Française primipare de 18 ans.

Lésions génitales de syphilis secondaire à l'accouchement, au terme de 6 mois. Enfant mort-né pesant 800 gr.

Sérologie : BW +++/+++, Kline +++ 16 U., IF. $\frac{I}{1600}$

Traitement en suites de couches.

- Mme F... : Française primipare de 21 ans, prostituée. A consulté une fois au cours de la grossesse, dans le courant du 6e mois. On note alors un vaginisme important et des leucorrhées.

A l'accouchement, manifestations cutaneo-muqueuses de syphilis secondaire au niveau des joues, de la cavité buccale et de la vulve. Pyrexie aux alentours de 38° 5.

Enfant mort-né au terme de 7 mois 1/4, pesant 1200 gr.

Sérologie : Kolmer +++/+++
Kline +++ 16 U. Nelson 100 %
I.F. $\frac{I}{25.600}$

Traitement en suites de couches.

b) - 2 menaces d'accouchement prématuré :

- Mme F... : Algérienne primipare de 21 ans. Admission au terme de 8 mois pour menace d'accouchement prématuré.

Lésions de syphilis secondaire.

Sérologie : Kolmer +++/+++
Kline +++ 16 U. Nelson 96 %

Traitement : cure de 15 millions d'unités de Pénicilline associée au début à une corticothérapie.

Accouchement à terme d'un enfant de 3340 gr. ayant une sérologie fortement positive, mais sain en apparence, traité.

- Mme X... : Française 2° pare de 21 ans ayant accouché à terme deux ans auparavant.

A 7 mois : Enorme oedème de la vulve et du clitoris, chancre de la grande lèvre gauche, adenopathies inguinales.

Menace d'accouchement prématuré.

Traitement : 3 cyanures, 15 millions d'unités de Pénicilline I.M. Corticothérapie associée les cinq premiers jours.

Accouchement à terme d'un enfant pesant 2960 gr.

Sérologie : Kolmer +++/+++

Kline +++ 4 U.

Nelson 54 %

Enfant sain en apparence, non traité.

c) - 1 cas de gros placenta :

- Mme T... : Première consultation à 7 mois pour contractions utérines.

Primipare de 21 ans de race noire.

Lésions de syphilis secondaire au niveau de la vulve.

Traitement.

Sérologie : Kolmer +++/+++

Kline +++ 16 U.

Nelson 100 %

I.F. I

64.000

Accouchement à 7 mois 1/2 d'un enfant pesant 2500 gr.

Placenta 700 gr., d'aspect chair à saucisse.

Mère et enfant traités en suites de couches.

Parmi ces 20 femmes.

a) - 7 d'entre elles n'ont pas été traitées pendant la grossesse.

- 3 n'ayant pas consulté avant leur accouchement,

- 1 n'ayant consulté qu'une fois avant son accouchement,

- Les 3 autres, nous l'avons vu, étaient sérologiquement négatives au début de leur grossesse et ont présenté des lésions de syphilis secondaire ou primaire à leur accouchement.

Ont été observés :

- 5 accouchements prématurés (sur les 10 survenus chez les femmes traitées après le 5e mois de la grossesse ou après l'accouchement) dont les deux avec mort-nés.

- Un enfant prématuré, né au terme de 8 mois, présentait à la naissance un ictère avec hépatomégalie, une cyanose, une anémie. La sérologie du cordon était fortement positive. L'évolution sous traitement a été favorable.

b) - 9 femmes traitées tardivement au 9e mois, ou comme dans deux cas, n'ayant pas du tout été traitées, ont accouché à terme d'enfants apparemment sains, la sérologie du cordon étant toujours fortement positive.

Dans un des deux cas dépistés à l'accouchement, la femme est sortie sur sa demande et n'a pu être traitée ainsi que son enfant.

Au total, on voit que la coexistence d'une syphilis primo-secondaire avec une grossesse reste grave puisque l'on constate des accidents ovulaires même chez les femmes traitées correctement.

Par ailleurs, des femmes atteintes tardivement ne font pas d'accidents, ce qui confirme la variabilité de la perméabilité placentaire au passage du tréponème.

EN CONCLUSION

Sur 40 cas de syphilis primo-secondaire coexistant avec une grossesse, ont été observés :

15 accouchements prématurés soit 37,5 %

avec une proportion de 71,4 % chez les femmes n'ayant pas du tout été traitées,

dont 2 avec enfants mort-nés,

1 avec enfant mort-né macéré,

Dans un cas, il existait une disproportion foeto-placentaire, le placenta pesant près du tiers du poids de l'enfant.

Un de ces prématurés présentait des lésions évocatrices de syphilis congénitale à la naissance.

CHAPITRE V

LES SYPHILIS A MANIFESTATION UNIQUEMENT SEROLOGIQUE PENDANT LA GROSSESSE

Les 512 autres observations peuvent se répartir ainsi :

1° groupe : Dans 11 cas, il s'agissait de syphilis congénitales traitées depuis de nombreuses années.

2° groupe : D'autres femmes avaient eu une syphilis antérieurement dépistée :

- 32 cas de syphilis primo-secondaire antérieure dont 6 observés pendant une grossesse,

- 140 cas de syphilis à manifestation uniquement sérologique dépistées lors d'une grossesse antérieure ;

- 50 cas de syphilis sérologique dépistés à des examens systématiques,

- 9 syphilis ont été dépistées à des examens prénuptiaux.

3° groupe : Le dernier groupe rassemble les cas où les examens sérologiques ont été positifs au cours de la grossesse.

I - Les syphilis congénitales - 11 observations

Il s'agissait de femmes suivies régulièrement en service spécialisé depuis plusieurs années. Une d'entre elles présentait une kératite syphilitique.

- 9 étaient de race noire,

- 2 étaient originaires d'Afrique du Nord.

Elles présentaient toutes des réactions sérologiques positives, en général à des taux faibles.

Toutes ont été traitées pendant la grossesse.

Aucun accident ovulaire n'a été observé.

A l'accouchement, toutes les femmes avaient une sérologie positive.

Dans trois observations, la sérologie du cordon était négative.

Les enfants étaient sains en apparence, aucun n'a été traité dans l'immédiat.

II - Les syphilis anciennes antérieurement dépistées - 231 observations.

A - 24 femmes avaient une sérologie négative au début de leur grossesse :

- 9 femmes ayant consulté dans le service dès le début de leur grossesse ont cependant été traitées :

Toutes ont accouché à terme d'enfants sains en apparence et radiologiquement.

La sérologie du cordon était négative, la sérologie de la mère à l'accouchement également.

- Dans les 15 autres cas, les femmes n'ont pas été traitées :

Un accident a été observé.

- Mme A... : Française 2° pare de 37 ans.

Sérologie positive à l'examen prénuptial en 1953. Traitement.

Accouchement à terme un an après. Sérologie négative à l'accouchement. Enfant non atteint.

2° grossesse en 1962, même procréateur.

Sérologie négative à la première consultation au terme de deux mois et demi ; pas de traitement.

Grossesse normale jusqu'au terme de 8 mois :

Accouchement prématuré d'un enfant pesant 2350 gr.

Placenta 650 gr.

Sang du cordon non prélevé, sérologie de la mère négative à l'accouchement.

Dans les autres cas, la sérologie de la mère était négative à l'accouchement, ainsi que celle du cordon.

On rapporte une observation d'enfant né prématurément, décédé quelques heures plus tard, mais il s'agissait d'un placenta praevia central ayant nécessité une césarienne au terme de 7 mois 2/3. L'enfant pesait 2230 gr.

Dans quatre de ces observations, la sérologie classique avait été transitoirement positive de façon faible et dissociée lors d'un examen de contrôle, effectué au milieu de la grossesse. Mais l'immuno-fluorescence est restée inférieure au taux de 1/100, le test de Nelson inférieur à 20 %. Les réactions étaient négatives à l'accouchement.

Tous les enfants étaient sains en apparence à la naissance. Aucun n'a été traité.

B - 174 femmes avaient des réactions sérologiques toujours positives au début de leur grossesse et ont été traitées

- 4 d'entre elles, de race noire, étaient également suivies en service spécialisé pour :

- un Pian : Deux observations
- une maladie de Hansen : Deux observations.

Elles présentaient toutes une sérologie positive à leur accouchement. La sérologie de l'enfant à la naissance n'a été négative que dans une seule observation.

Une d'entre elles a accouché prématurément à 8 mois, mais on avait noté la présence d'un myome du fond utérin. L'enfant, qui pesait 2720 gr. avait une sérologie fortement positive à la naissance. La mère était atteinte d'une maladie de Hansen.

- 3 femmes seulement étaient sérologiquement négatives à la fin de leur grossesse (sérologie classique)

- Dans 5 cas, la sérologie du cordon était négative

16 femmes ont accouché prématurément : (dont la femme atteinte de maladie de Hansen).

Mais, on note parmi ces accouchements :

- 2 accouchements gemellaires

L'un à 6 mois 1/2, les deux enfants sont décédés.

L'autre à 7 mois 1/2, un enfant est décédé, l'autre a été traité.

- un enfant présentant une maladie de Porak et Durante, décédé.
- une femme a présenté une hypertension artérielle à la fin de sa grossesse.
- une autre, ayant une sérologie négative à son accouchement, faisait des accouchements prématurés à répétition.
- une femme n'a pas suivi régulièrement son traitement.

Dans une autre observation, une femme a accouché à terme d'un enfant décédé à la première heure, mais le travail avait été dystocique en raison d'une agglutination du col.

Ainsi, chez ces femmes traitées, on note :

16 accouchements prématurés, soit 9 %

4 enfants décédés, ce qui donne une mortalité périnatale de 2,3 %

C - 33 femmes n'ont pas été suivies pendant leur grossesse

5 d'entre elles avaient une sérologie négative à leur accouchement.

Dans 8 cas, la sérologie du cordon était négative.

Ont été observés :

- 17 accouchements prématurés dont 4 chez des femmes ayant une sérologie négative à leur accouchement.

3 prématurés sont décédés secondairement, parmi eux, un dont la mère était sérologiquement négative.

Dans 4 cas d'accouchement prématuré, il existait une disproportion foeto-placentaire avec gros placenta pesant au moins le quart du poids de l'enfant.

5 prématurés avaient une sérologie du cordon négative.

Tous les enfants nés prématurément ont été traités.

Au total, chez ces femmes non traitées pendant la grossesse, on note :

51,5 % d'accouchements prématurés

La mortalité périnatale est de 9 %

4 femmes ont présenté au moins deux accouchements prématurés consécutifs ; l'une d'entre elles a accouché prématurément 4 fois de suite :

Il s'agissait d'une prostituée dont la spécificité avait été découverte au début de la première grossesse, et qui a toujours interrompu ses traitements, ne consultant jamais pendant ses grossesses.

III - Le dernier groupe rassemble 270 observations de femmes ayant eu une sérologie positive au cours de leur grossesse, sans antécédents de spécificité.

A - Dans 30 cas, les réactions sérologiques étaient très dissociées, positives à des taux faibles. Un deuxième examen sérologique de contrôle s'est révélé négatif, aussi bien avec les méthodes classiques qu'avec l'immuno-fluorescence et le test de Nelson.

On peut parler alors de "faux positifs" ce qui fait une proportion de 5,4 % des observations étudiées.

Ces femmes étaient d'origine ethnique variée :

- 10 françaises
- 1 yougoslave
- 2 espagnoles
- 8 algériennes
- 10 femmes de race noire

Aucune n'a été traitée.

La sérologie de la mère et de l'enfant étaient toujours négatives à l'accouchement.

Une femme ayant des antécédents d'accouchement prématuré à une grossesse antérieure a accouché prématurément au terme de 8 mois.

Dans une observation, une femme avait présenté une poliomyélite au cours de la grossesse, qui pourrait expliquer le virage momentané des réactions sérologiques classiques.

B - Dans les 240 autres cas, se posait le problème des syphilis à manifestation uniquement sérologique

La sérologie était le seul témoin de la maladie :

a) Ces femmes étaient bien portantes en apparence

Les réactions sérologiques de fixation du complément et de flocculation étaient positives, le plus souvent à des degrés divers, parfois fortement.

L'immuno-fluorescence et le test de Nelson étaient positifs.

b) Elles ne présentaient pas de signe clinique, tant cutané que viscéral, ou nerveux de syphilis.

A l'interrogatoire, on ne retrouvait aucun antécédent de syphilis.

Dans 158 cas, on avait la notion d'un examen sérologique antérieur négatif, pratiqué en règle au début d'une grossesse.

On sait que, parmi les cas étudiés, il s'agissait dans près de 50 % des cas de femmes originaires de régions où se vissent d'autres Treponematoses donnant des réactions sérologiques croisées avec celles de la syphilis y compris le test de Nelson : Il s'agit du PIAN et de la syphilis endémique non vénérienne ou BEJEL.

GENTILLINI a d'ailleurs rapporté récemment une statistique portant sur 3000 dossiers de pathologie parasitaire chez des travailleurs originaires pour la plupart d'Afrique et des Antilles : La proportion de sérologies positives allait de 41,4 % en utilisant la sérologie classique à 50 % en utilisant l'immuno-fluorescence.

Mais, étant donné le risque foetal dans le cas d'une syphilis vénérienne méconnue, toutes les femmes dépistées ont été considérées comme atteintes et traitées car il pouvait s'agir :

- Soit d'une syphilis à manifestations méconnues

- méconnaissance des accidents primo-secondaires,
- ou bien masquée par un traitement antibiotique
- ou bien syphilis congénitale méconnue.

- Soit d'une syphilis humaine d'évolution inapparente.

Sur les 240 observations,

I - 175 femmes ont consulté au cours de leur grossesse

A des dates variables, le traitement a toujours été entrepris.

On a constaté :

- 29 accouchements prématurés, soit 16,5 %

- 2 enfants mort-nés décédés en cours de travail chez des femmes traitées depuis le début de leur grossesse :

Il s'agissait dans un cas d'un enfant hypotrophique pesant 2300 gr. à terme, et dans l'autre cas d'un hydrocéphale.

- 2 enfants mort-nés macérés :

Le premier, chez une femme traitée au 2^e mois de sa grossesse, et dont la sérologie était fortement positive ; un enfant né d'un précédent accouchement avait été exsanguine pour incompatibilité sanguine foeto-maternelle dans le système A.B.O.

Dans la deuxième observation, il s'agissait d'une femme ayant dépassé son terme. Elle était traitée depuis le début de sa grossesse.

Un enfant mongolien est décédé le 1^{er} jour.

En dehors de ces cinq observations, tous les enfants étaient sains en apparence, cliniquement et radiologiquement.

Dans 10 observations, la sérologie s'est négativée à la fin de la grossesse. La sérologie du cordon était négative. Ceci confirme la notion connue d'irrégularité de l'action de la thérapeutique sur ces sérologies, où l'on constate, soit une négativation rapide, comme dans les syphilis évolutives, soit le plus souvent une sérologie irréductible. Il s'agit alors sans doute de syphilis anciennes.

II - 65 femmes n'ont pas été traitées pendant la grossesse, la sérologie ayant été positive à l'examen fait en salle de travail.

Ont été observés :

- un cas de mort-né à terme, mais il y avait eu une procidence du cordon au cours de l'accouchement.

- un autre cas de mort-né à terme présentant à la naissance quatre circulaires serrés.

- 26 accouchements prématurés, soit une proportion de 40 %

Parmi ces 26 accouchements prématurés :

- un cas d'accouchements prématurés à répétition ;

- 5 enfants sont décédés les premiers jours ;

- 5 enfants étaient mort-nés macérés ;

- 2 enfants étaient mort-nés.

- dans quatre observations, il existait une disproportion foeto-placentaire avec gros placenta.

Nous citerons deux observations :

- Mme X... : d'origine européenne ayant eu une sérologie négative trois années auparavant, a accouché à 7 mois d'un enfant mort-né pesant 2600 gr. et présentant un anasarque. Le placenta pesait 640 gr. Il n'existait pas d'incompatibilité sanguine foeto-maternelle. Sérologie positive à l'accouchement.

- Mme Y... également européenne, ayant eu un examen sérologique négatif un an auparavant, a accouché au terme de 6 mois d'un enfant mort-né macéré pesant 950 gr. Placenta : 300 gr.

La recherche de listeriose et de toxoplasmose a été négative.

La sérologie était fortement positive à l'accouchement :

Kolmer +++/+++

Kline +++ 16 U.

I.F.	I
6400	

Un cas de syphilis congénitale précoce a été observé :

- Mme D... d'origine yougoslave a échappé à la sérologie prénatale.

Elle a accouché au terme de 7 mois 1/2 :

Excès de liquide

Enfant pesant 3000 gr.

Placenta : 800 gr. d'aspect chair à saucisse.

A la naissance : Enfant cyanosé, hypotonique, ayant un reflet subictérique.

Peau sèche, desquamation des paumes et des plantes.

Hépatomégalie : le foie déborde le grill costal de 3 centimètres.

Splénomégalie : La rate descend jusqu'au niveau de la crête iliaque gauche.

Numération-Formule sanguine :

G.R.	:	3.600.000	73 % d'érythroblastes
Hb.	:	12,88 gr.	30 % de polynucléaires
G.B.	:	49.400	5 metamyelocytes
Plaquettes	:	236.000	

Il n'existait pas d'incompatibilité sanguine foeto-maternelle.

L'enfant a été transféré dès sa naissance dans un service spécialisé de réanimation infantile.

Il existait des signes radiologiques :

- Aspect irrégulier et dentelé, élargi en cupule, des métaphyses. Altérations nettes au niveau du tibia et du péroné.

- Membre supérieur : Double contour des diaphyses avec apophyses périostées. Métaphyses atteintes.

- Omoplates : Stries transparentes le long des piliers, au voisinage de la glenoïde.

- côtes : Double contour à la partie externe.

L'évolution clinique a été favorable.

La mère a été traitée après son accouchement, mais elle a interrompu son traitement. Bien qu'il n'y ait pas dans ses antécédents une notion d'éruption, on sait qu'elle a présenté au début de sa grossesse un état grippal avec toux, céphalées et vomissements.

EN CONCLUSION :

Toutes les femmes ayant une syphilis ancienne non négativée, ainsi que celles qui avaient une sérologie positive au début de leur grossesse, et qui ont été traitées, n'ont pas fait d'accident ovulaire dans une proportion supérieure à celle de toutes les femmes qui accouchent dans le service :

Femmes traitées :

174 ayant une syphilis ancienne
+ 175 ayant une sérologie positive au cours de la grossesse

Soit 349 femmes

Ont été observés : 45 accouchements prématurés soit, 12,9 %

Mortalité périnatale : 10 enfants, 2,86 %

Par contre,

- Les syphilis anciennes toujours positives,

- Les syphilis sérologiques, qui n'ont pas été traitées au cours de la grossesse, ont présenté une proportion considérable d'accidents ovulaires, ainsi qu'un cas de syphilis congénitale précoce :

Femmes non traitées :

33 ayant une syphilis ancienne
+ 65 ayant eu une réaction sérologique positive à l'accouchement

Soit 98 femmes

Ont été observés : 43 accouchements prématurés soit, 43,7 %

Mortalité périnatale : 17 enfants, 17,33 %

Quant aux syphilis anciennes négativées au début de la grossesse et non traitées, nous avons constaté : un accouchement prématuré chez une femme dont la grossesse a été suivie régulièrement.

Quatre accouchements prématurés avaient été observés chez des femmes non suivies, ayant eu une sérologie négative à leur accouchement, sans qu'il y ait une autre cause évidente de prématurité. La sérologie du cordon était négative.

Ceci justifie, ainsi que l'ont dit DEGOS et LEPAGE, qu'en cas de suspicion sérieuse de syphilis, même considérée comme guérie, de l'un ou l'autre conjoint, on institue par prudence un traitement pénicilliné qui mettra le nouveau-né certainement à l'abri.

oOo

CHAPITRE VI

LA MORTALITE PERINATALE DANS L'ASSOCIATION SYPHILIS ET GROSSESSE

La syphilis est bien connue comme étant responsable d'accouchements prématurés d'enfants mort-nés ou de mort-nés macérés, mais, nous l'avons vu dans notre statistique, de nombreux accouchements prématurés font naître des enfants immatures, parmi lesquels certains ne vivent pas.

Aussi ce facteur intervient-il dans la mortalité périnatale en cas d'association de syphilis et grossesse :

I - Les accouchements prématurés

Sur toutes les femmes qui accouchent dans le service, on note une proportion de 20 % environ d'accouchements prématurés. Cette statistique est établie en se basant sur un ensemble de critères :

- le terme, mais on connaît son imprécision,
- l'évolution clinique de la grossesse,
- le poids de l'enfant à sa naissance, sa taille,
- l'aspect de cet enfant et les conclusions du premier examen clinique du Pédiatre.

Chez les femmes syphilitiques traitées, soit en tout 402 observations, il y eut :

55 accouchements prématurés, soit 13,68 %

Chez les femmes syphilitiques non traitées, soit 120 observations, il y eut :

50 accouchements prématurés, soit 41,6 %

II - La mortalité périnatale

La mortalité périnatale observée dans le service pendant la même période a été de : 3,72 %

Parmi les femmes syphilitiques traitées, on note :

- 2 enfants mort-nés
- 3 enfants mort-nés macérés
- 7 enfants sont décédés secondairement.

Ce qui fait une mortalité périnatale de 2,98 % c'est à dire non supérieure à celle des enfants des femmes non syphilitiques accouchant dans le service.

Parmi les femmes syphilitiques non traitées, on note :

- 6 enfants mort-nés
- 5 enfants mort-nés macérés
- 9 enfants sont décédés secondairement,

C'est à dire que pour ce groupe de femmes, la mortalité périnatale est de 16,6 % soit plus de 5 fois supérieure à celle des femmes traitées et à celle des femmes non syphilitiques.

La syphilis a été cause de :

- 1,9 % des accouchements prématurés
- 3,7 % des enfants mort-nés macérés
- 2 % des enfants mort-nés
- 3,9 % des enfants décédés dans les dix jours du service.

3,1 % de la mortalité périnatale du service est due à l'association syphilis et grossesse.

Quant aux malformations foetales, il y eut sept observations d'enfants malformés, c'est à dire dans une proportion non supérieure à celle observée chez toutes les femmes qui accouchent dans le service.

CHAPITRE VII

LE TRAITEMENT DES FEMMES SYPHILITIQUES AU COURS DE LA GROSSESSE

D'après ces différentes statistiques, on constate que l'abstention thérapeutique pendant la grossesse chez des syphilitiques anciennes traitées correctement, sérologiquement positives, et dans un cas même, ayant été négativée, donne une proportion d'accidents ovulaires supérieure à celle que l'on observe chez les femmes traitées.

Les femmes ayant consulté au cours de leur grossesse dans le service ont été traitées :

- soit à la consultation de venerologie du service,
- soit dans une consultation d'un service de dermatologie

Elles ont été hospitalisées en cas de syphilis primo-secondaire.

I - Dans le cas des syphilis primo-secondaires, le traitement a été précédé :

- soit de 3 injections quotidiennes intra-veineuses de cyanure de mercure,
- soit d'une corticothérapie pendant cinq jours.

Il consistait en une cure de 15 millions d'unités au total de Pénicilline en solution aqueuse, en commençant par des doses croissantes de 100.000 u. à 1.000.000 u. en cinq jours, puis en continuant à raison de 1.000.000 u. par jour les jours suivants.

Après un repos d'un mois environ, était prescrite une cure de 16 à 20 injections bi-hebdomadaire de bismuth en intra-musculaire. Ou bien, on reprenait une nouvelle série d'injections de pénicilline.

II - Les syphilis sérologiques ont été considérées comme des syphilis récentes et traitées selon le schéma suivant :

Une cure de pénicilline précédée de 3 injections intra-veineuse de cyanure de mercure, le plus tôt possible avant le 5e mois, suivie d'une série de 20 injections de bismuth vers le 6e ou 7e mois.

III - Les syphilis anciennes correctement traitées à sérologie irréductible ont également été traitées selon le même schéma.

IV - Pour les syphilis anciennes négativées et qui ont été traitées, le traitement a consisté en une cure ou deux de bismuth au cours de la grossesse.

Après leur accouchement, les femmes suivies dans le service ont été traitées au moins pendant trois ans dans le cas où la sérologie ne se négativait pas, le traitement étant repris de toutes façon au cours des grossesses ultérieures.

Reste le problème des femmes dont la sérologie positive était découverte à l'examen fait en salle de travail, et qui ne présentaient aucun signe de syphilis floride :

Les résultats des examens sérologiques ne parvenant souvent qu'après la sortie des femmes, beaucoup, malgré l'enquête sociale, n'ont pu être revues et traitées ainsi que leur enfant.

CHAPITRE VIII

Peu d'enfants ont présenté des lésions évocatrices d'atteinte syphilitique en dehors du cas de syphilis congénitale précoce dont la symptomatologie fut très riche, et de deux autres enfants qui présentèrent à la naissance,

- l'un, une splénomégalie isolée,
- l'autre un ictère avec cyanose et hépatomégalie.

Dans tous les autres cas, ils étaient tous cliniquement sains :

Se posait alors le problème de savoir s'ils étaient atteints et s'il fallait les traiter.

On connaît la valeur relative de la sérologie de l'enfant à la naissance et dans les premiers jours.

Une radiographie du squelette a été pratiquée systématiquement, mais on sait que les lésions, notamment l'ostéochondrite qui est la plus précoce, ne sont ni constantes ni toujours présentes la première semaine.

Une numération-Formule Sanguine fût systématique, à la recherche d'une anémie ou d'une thrombopénie.

En fait, le problème était de savoir s'il fallait ou non traiter l'enfant avant sa sortie de la Maternité au 9^e jour lorsqu'il était né à terme, connaissant les risques d'une abstention temporaire, les femmes étant souvent perdues de vue.

En dehors des rares cas où existaient des signes cliniques évocateurs de syphilis congénitale précoce, les indications thérapeutiques ont été posées sur la réunion de plusieurs facteurs :

I - Lorsque les femmes ont été traitées trop tardivement au cours de leur grossesse où que l'on a eu des doutes sur la façon dont le traitement a été suivi,

Nous avons préféré traiter l'enfant avant la confirmation sérologique de son atteinte, car ces femmes qui consultent tard au cours de la grossesse ou qui suivent mal leur traitement sont souvent celles qui quittent le service avant le 9e jour et pour lesquelles on peut craindre que l'enfant soit perdu de vue.

II - Cas où la mère a été traitée correctement et où la sérologie de l'enfant était positive :

On pouvait alors penser que la positivité de la sérologie était due au passage transplacentaire des anticorps maternels. Ces enfants ont été suivis ultérieurement et traités en cas de non négativation de la sérologie.

III - Cas où la mère avait une sérologie irréductible, et l'enfant une sérologie positive, l'abstention thérapeutique a été de règle à condition d'être certains que l'enfant fût suivi ultérieurement.

Les enfants traités reçurent une dose totale de 200.000 à 300.000 U. de Pénicilline par kilo de poids, répartie sur une quinzaine de jours, en commençant par de petites doses les cinq premiers jours pour atteindre la dose totale quotidienne de 10.000 à 30.000 U. par kilo de poids.

Cette cure a été précédée de frictions mercurielles ; en cas de suspicion de syphilis récente chez la mère, une corticothérapie a été associée les premiers jours.

Mais cependant de nombreux enfants ont échappé à la surveillance médicale :

Il s'agit des enfants de femmes n'ayant pas consulté au cours de leur grossesse.

Beaucoup n'ont pas répondu aux convocations et n'ont pas été retrouvées par le service social.

Aussi peut-on redouter chez eux l'apparition ultérieure d'une syphilis congénitale tardive.

CONCLUSIONS

I - L'examen sérologique prénatal effectué avant la fin du troisième mois de la grossesse réalise la meilleure méthode de dépistage de la syphilis chez la femme.

II - Une femme syphilitique correctement traitée au cours de sa grossesse ne fera pas d'accidents ovulaires dans une proportion supérieure à celle des autres femmes non syphilitiques.

La prévention de ces accidents ovulaires et de la syphilis congénitale est facile à réaliser grâce à l'association thérapeutique Pénicilline-Bismuth que l'on prescrira toujours en cas de suspicion de syphilis, même considérée comme guérie, de l'un ou de l'autre conjoint.

III - La coexistence d'une syphilis Primo-Secondaire avec une grossesse reste cependant grevée d'un pourcentage d'accidents supérieur à celui des autres femmes, ce d'autant plus que la syphilis est apparue tardivement au cours de la grossesse.

IV - Le traitement de l'enfant sain en apparence à la naissance, dans le cas où la mère n'a pas été traitée correctement pendant sa grossesse, le met à l'abri de la syphilis congénitale tardive.

Ce traitement devra toujours être entrepris immédiatement dans le cas où la mère risque d'être perdue de vue, sans attendre la confirmation sérologique de l'atteinte de l'enfant, quelques semaines plus tard.

V - Mais il reste cependant une proportion croissante de femmes qui échappent au dépistage sérologique prénatal, aussi, l'association syphilis et grossesse pose-t-elle actuellement un problème essentiellement social.

Vu, le Président de Thèse

Professeur MORIN

Vu, le Doyen de la Faculté

Professeur BROUET

Vu, et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

G. MALLET

BIBLIOGRAPHIE

ABOU E.

Statistique des syphilis au cours de la grossesse dans une maternité parisienne (Lariboisière) entre les années 1947 à 1957
Thèse Paris, 1957, 40 p. dac.

BERNARDIN D.

Incidences actuelles de la syphilis sur le développement et la vie du foetus in utéro. A propos de 22.886 accouchements.
Lyon Med. 17 dec. 1961, n°52, 1398-1399

BOLGERT M.

Traitement de la syphilis récente de l'adulte.
La Revue du Praticien, Tome XIV, n°14, 11 mai 1964, 1837-1844

BOLGERT M. et DELUZENNE R.

A propos de la syphilis sérologique actuelle. Fréquence. Essais d'interprétation. Rôle vraisemblable d'une syphilis inapparente.
Ann. Derm. et Syph. 1962, n°3, 339-344

BROCHERY P.C. et ERNY R.

Quelques observations de syphilis et grossesse
Bull. Fed. Soc. Gyn. Obst. Janv-mars 1968, 20, n°1, 45-49

BURCKHARDT W.

La situation actuelle du traitement de la syphilis
Med. et Hyg. 30 nov. 1960, n°415-816

CHEVALLIER G.

Syphilis et grossesse.
E.M.C. Obstétrique, fasc. 5041 A 10 - 5-1964.

DAGUET G.

L'aide de la sérologie et de l'immunologie au diagnostic de la syphilis
La Revue du Praticien, tome XIV, n°14, 11 mai 1964 - 1815-1834.

DEGOS R.

La recrudescence de la syphilis et les moyens médicaux-sociaux d'y parer.
La Revue du Praticien, Tome XIV n° 14, 11 mai 1964. - 1775-1785.

GENTILLINI M.

3000 dossiers de pathologie parasitaire.

HERVET E. - NODOT A. et BARRAT J.

Syphilis 1963 à la maternité de Tenon.
Bull. Fed. Soc. Gyn. Obst. Janv-Mars 1964, 16 n° 1, 31-40.

LEPAGE F.

Syphilis et grossesse.
La Revue du Praticien, Tome XIV, n° 14 - 11 mai 1964, 1877-1882.

LORTAT - JACOB

Diagnostic clinique de la syphilis secondaire.
La Revue du Praticien, Tome XIV, n° 14, 11 mai 1964, 1801-1812.

MERGER R., LEVY J. et MELCHIOR J.

Précis d'Obstétrique. 598-603

PAUPE S. et CHARLAS S.

Recrudescence actuelle de la syphilis.
Aspect clinique et radiologique de la syphilis congénitale.
La Médecine infantile. 1963, 70 - n° 4, 209.

PIGEAUD H. et BERNARDIN D.

Incidences actuelles de la syphilis sur le nouveau-né.
Bul. Féd. Soc. Gyn. Obst., janv-mars 1962, 14 n° 1, 39-40.

PRINGUET R.

Interprétation des réactions sérologiques dans les syphilis congénitale et maternelle.
Med. Inf. , mai 1968, 75, n° 5.

RIVIERE M., CHASTRUSSE L., DUBECQ J. P., LESBATS G. et PLAVONIL G.

Place actuelle de la syphilis dans la gravidité-puerpéralité.
Bull. Fed. Soc. Gyn. Obst., nov-déc. 1963, 15, n°5, 651-652.

SOUMIRIEU-MOURAT J.

La place actuelle de la syphilis en pathologie obstétricale.
Rev. franç. gyn. obst., déc. 1963, 58, n° 12, 807-817.

TEMIME P. et TRAMIER G.

La syphilis de primo-infection.

Aspects actuels. Diagnostic.

La Revue du Praticien. Tome XIV n° 14, 11 mai 1964, 1787-1798.

VAISMAN A. et HAMELIN A.

Application au diagnostic sérologique de la syphilis de la méthode d'immunofluorescence.

Presse Médicale, 69, 1157, 1961.

oOo

TABLE DES MATIERES

	Pages
I - Généralités :	1
II - Importance du dépistage lors des examens prénataux :	4
III - Les réactions sérologiques :	7
IV - Les syphilis primo-secondaires :	9
V - Les syphilis à manifestation uniquement sérologique pendant la grossesse :	16
VI - La mortalité périnatale dans l'association syphilis et grossesse :	27
VII - Le traitement des femmes syphilitiques au cours de la grossesse :	29
VIII - L'enfant né vivant de mère syphilitique :	31
CONCLUSIONS :	33
BIBLIOGRAPHIE	

